Uber

Fibromyome des graviden Uterus

mit Berücksichtigung eines Falles.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Dienstag, den 24. Juni 1890

Nachmittags 2 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Johannes Plesch

prakt. Arzt

aus Schlesien.

Opponenten:

Herr Drd. Richard Jacoby, prakt. Arzt.
Herr Dr. med. Alois Henschel.
Herr Dr. med. Max Thun.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1890.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0143

Seiner guten Mutter

und dem

Andenken seines unvergesslichen Vaters

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Unter den vielen Complicationen, die während einer Schwangerschaft auftreten können, nehmen die Fibromyome wegen der vielfachen Beeinflussung auf den Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt nicht die letzte Stelle ein. Glücklicherweise kommen kompliziert mit Graviditaet diese Geschwulstbildungen wegen der vielen Veränderungen, die sie auf die Uterusschleimhaut ausüben, (Catarrhe und profuse Blutungen), nicht allzu häufig vor. Jedoch nicht allein diese Catarrhe und Blutungen, sondern auch die Veränderungen, die diese Geschwülste naturgemäss auf die Lage des Uterus und die seiner Adnexa, die Tuben und Ovarien, ausüben, müssen mechanische Hindernisse für eine Conception bieten. Natürlich wird die anatomische Lage der Geschwülste, ob sie submucös, intermural, oder subserös sitzen, die Graviditaet verschiedentlich beeinflussen. So sind es gerade die der Uterusschleimhaut zunächst liegenden und interstitiellen Fibromyome, die in den meisten Fällen Sterilitaet bedingen oder, falls Conception eintritt, sehr leicht zu Abortus führen, während die subperitoneal gelegenen wegen ihres geringen Einflusses auf die Uterusschleimhaut und Uterushöhle viel eher eine Schwangerschaft zulassen. Diese Ansicht finden wir

bestätigt, wenn wir die Statistik der Fälle von Tumorenbildung bei Schwangerschaft durchgehen; in der bei weitaus grössten Zahl sind sie subserös gewesen. Auch dieser Fall, der hier veröffentlicht wird, gehört zu den letzteren. Bevor jedoch auf diesen Fall genauer eingegangen wird, soll noch das Wachstum der Geschwülste, Rückbildung derselben und die Hindernisse, die die Tumoren der Geburt entgegensetzen, berücksichtigt werden.

Was zunächst die Veränderungen der genannten Geschwulstbildungen bei einer Schwangerschaft anbetrifft, so können diese sehr verschieden sein. So giebt es einerseits Geschwülste, die durch eine Schwangerschaft beinahe gar keine Umwandelung erfahren, anderseits wieder solche, die ein sehr beträchtliches Wachstum zeigen; es hängt dies einmal vom Sitz, ein andermal von dem histologischen Bau der Geschwulst ab. Es ist ganz naturgemäss, dass eine Geschwulst, je mehr sie mit dem Uterus in Verbindung steht und auf diese Weise um so besser ernährt wird, und je mehr eine solche Geschwulst sich dem histologischen Bau des Uterusgewebes nähert, um so mehr an den physiologischen Vorgängen, denen der Uterus während der Schwangerschaft unterworfen ist, teilnehmen wird. Es werden infolge dessen die subserösen Geschwülste verhältnissmässig in der Schwangerschaft am wenigsten wachsen und zwar um so weniger, je dünner und gefässarmer der Stiel ist, welcher die Verbindung mit dem Uterus vermittelt; von den intramuralen und

submucösen wiederum diejenigen, die von einer straffen, dicken, nur mässig vaskularisierten Kapsel umgeben sind. Während somit der Grad der Veränderung am meisten durch die Weise, wie die Geschwülste mit dem Uterus in Verbindung stehen, beeinflusst wird, so hängt die Art der Veränderung wesentlich von der histologischen Zusammensetzung der Geschwülste ab. Die reinen Fibrome werden gar keine oder eine nur geringe Veränderung erfahren, insofern, als es sich nicht um ein Hyperplasie des Bindegewebes handelt, sondern vielmehr um eine Transsudation in das Gewebe hinein, welches somit aufgelockert und gewissermassen erweicht wird, während das histologisch dem Uterus am nächsten stehend, Gewebe seine Vergrösserung einer Hyperplasie und Hypertrophie der einzelnen Muskelelelemente verdankt, wie sie physiologisch das Uterusgewebe in der Schwangerschaft erfährt. Zweifelhaft ist es, ob die weitere Vergrösserung der Geschwülste darauf beruhen kann, dass eine Blutung schon vor der Geburt in den Tumor erfolgt; meistenteils werden diese Blutungen wohl erst während der Geburt durch Druck des Kindskopfes veranlasst. So wird von Cappie ein Fall beschrieben, wobei eine Frau im 4. Schwangerschaftsmonate an heftiger Peritonitis mit Erscheinungen innerer Verblutung erkrankte. Es wurde die Diagnose auf einen subserösen Uterustumor, der in der letzten Zeit sehr gewachsen war, gestellt und sofort künstlicher Abortus eingeleitet. Die Frau

starb, und bei der Section fand man ein erweichtes, gestieltes subseröses Fibrom, welches durch eine anderthalbmalige Axendrehung des Stieles gangraenös geworden war.

Nicht allein eine Wachstumsveränderung dieser genannten Geschwülste, sondern auch eine Formveränderung derselben hat man häufig zu beobachten Gelegenheit gehabt. Es hat sich hierbei hauptsächlich um intramurale, am unteren Gebärmutterabschnitte sitzende Geschwülste gehandelt, die durch die Veränderungen des Uterus in die Höhe gezogen und somit so abgeplattet wurden, dass sie nicht mehr gefühlt werden konnten Erst nach der Geburt wurden dieselben für den touchierenden Finger wieder bemerkbar. Derartige Fälle sind von Depaul, Guéniot, Spiegelberg, Olshausen und mehreren anderen beobachtet worden. Ausser diesen Veränderungen der Fibromyome während der Gravidität dürften noch die Ortsveränderungen derselben grosses Interesse beanspruchen. Es hat sich in vielen Fällen gezeigt, dass die subserösen Fibrome, die am Anfang der Schwangerschaft im kleinen Becken lagen, mit der zunehmenden Vergrösserung des Uterus während der Schwangerschaft und am Beginne der Geburt in die Höhe in das Abdomen wanderten. Einen solchen Fall, der bis jetzt noch nicht veröffentlicht worden ist, hat Dr. Mose in Brüssow beobachtet Bei einer 40 Jahre alten Primipara, bei der schon gleich am Beginne der Schwangerschaft zwei subse-

röse Fibrome diagnostiziert wurden, von denen das eine hühnereigross am Fundus uteri, das andere taubeneigross am unteren Abschnitt der Gebärmutter sass, verlief die Schwangerschaft und die Geburt günstig, indem sich erst während der Geburt das untere Fibrom mit dem Uterus in die Höhe zog und somit dem in das Becken eintretenden Kopfe Platz machte. Wegen der Wehenschwäche wurde die Zange angelegt und ein lebendes Kind geboren.

Umgekehrt kann es aber auch vorkommen, dass ein ziemlich tiefsitzendes Fibromyom durch die Wehenthätigkeit nach abwärts gedrängt und hier ein grosses Hinderniss für den weiteren Verlauf der Geburt werden kann.

Dies waren die mannigfachen Veränderungen, welche die Geschwülste durch eine Schwangerschaft erfahren. Fragen wir uns nun, wie wird die Schwangerschaft von den Geschwülsten beeinflusst, so konnten wir schon aus dem Vorhergehenden ersehen, dass man hier noch mehr Variationen erhält, als es bei den Veränderungen der Fibromyome der Fall war, die durch die Schwangerschaft bedingt werden. Schon bei der Abhandlung über die Ortsveränderung der Fibrome wurde darauf hingewiesen, dass der Verlauf der Schwangerschaft und der Geburt in manchen Fällen ganz normal sein kann, obgleich der Uterus durch die zahlreichen Geschwülste ganz verunstaltet ist. Fälle dieser Art findet man in der Litteratur sehr zahlreich. So berichtet Guéniot von

einem Falle, wo Schwangerschaft und Geburt normal verlief bei einer Frau, deren Uterus zwanzig Fibrome verschiedener Grösse aufwies, wie es die Section der an Variola verstorbenen Wöchnerin feststellte.

Dem entgegengesetzt hat man wieder Fälle beobachtet, bei denen Fibrome von geringer Grösse Abortus oder Frühgeburt zur Folge hatten. Der Gedanke liegt dabei nahe, dass gerade diejenigen Geschwülste, welche der Uterusschleimhaut aufliegen, am meisten zu Abortus resp. Frühgeburt führen. Ursache eines Abortus sind einerseits Lageveränderungen des Uterus, Einkeilung desselben im Becken, Blutungen als direkte Folge der Geschwulst, anderseits können diese Memente fehlen und der Foetus direkt durch den Tumor oder vielmehr dessen Einfluss auf die Uteruswand ausgestossen werden. Diese letzteren Fälle kommen häufiger vor, als in der Litteratur berichtet wird, da sie zur Veröffentlichung nur geringes Interesse bieten.

Kurz vorher hatten wir als Ursache eines Abortus Lageveränderungen des Uterus erwähnt, die durch diese Geschwülste bedingt werden. Diese Retroflexionen des graviden Uterus werden entweder durch die Schwere eines sehr grossen Fibromyoms am Fundus uteri oder an der vorderen Wand hervorgerufen, noch häufiger durch gestielte oder nicht gestielte Tumoren an der hinteren Wand. In einigen Fällen kommt es nun vor, dass sich der Uterus mit der weiteren Entwickelung der Schwangerschaft von

selbst aufrichtet, in anderen Fällen kommt es aber zu den heftigsten Incarcerationserscheinungen, die sehr leicht zu Abortus führen, wenn nicht sofort die Reposition gemacht wird; ja manchmal ist der Abortus nach der Reposition als Folge der vielen Repositionsversuche anzusehen. In der Litteratur finden sich viele solche Fälle von Retroflexionen des graviden Uterus, deren Ursache Geschwülste waren. Sie sind von Lorimer, Simpson, Dépaul, Ziegler beschrieben worden. Übrigens hat man sich auch manchmal in der Diagnose getäuscht, indem man eine Geschwulstbildung der hinteren Uteruswand, die an und für sich infolge von Raumbeengung Incarcerationserscheinungen hervorrief, für den graviden Uterus hielt.

Einen solchen Fall beschreibt Hall Davis. Bei einer Frau, die im 3. bis 4. Monat schwanger war, traten die heftigsten Incarcerationserscheinungen auf. Im kleinen Becken fand man eine Resistenz, die für den Uterus gehalten wurde. Da die Reposition nicht gelang, so sondirte man; die Sonde ging dabei gerade ein, es bestand also keine Retroflexio. Die Sondirung hatte die Ausstossung eines viermonatlichen zerfetzten Foetus zur Folge, worauf man dann den Tumor aus dem kleinen Becken hinaufschieben konnte. Die Kranke starb an Pyelonephritis.

Ausser diesen Lageveränderungen des Uterus, die einen Abortus nach sich ziehen, haben die Fi-

bromyome in vielen Fällen starke Blutungen zur Folge, die denselben Effekt haben.

Nicht unerwähnt darf hier gelassen werden der Einfluss, den die Geschwülste auf die Entwickelung des Eies und der Frucht ausüben. Stellt man sich die Lageveränderungen und Missgestaltungen vor, die der Uterus durch diese Geschwulstbildungen erfährt, so findet man es ganz begreiflich, dass dadurch eine Veranlassung zu Extrauterinschwangerschaften gegeben wird. Dieselben sind zwar selten; eine Tubenschwangerschaft, wo ein submucöses Fibrom die ganze Uterushöhle ausfüllte, beobachtete Stolz, eine zweite, die im 5. Monate durch Ruptur tötlich endete, George Harley. Die Sektion ergab mehrere subserösse Fibromyome, von denen besonders eins in beträchtlicher Grösse am Ansatz der linken Tube an dem Uterus festsass. In derselben Tube war auch die Befruchtung und Entwickelung des Eies vor sich gegangen.

Einen nachtheiligen Einfluss auf die Entwickelung der Frucht lässt sich nicht verkennen und ist häufig beobachtet worden. Von den 11 Fällen, die von Meyer veröffentlicht wurden, ist eine Hemmungsbildung der Frucht infolge eines interstitiellen Fibroids verzeichnet. Die Frucht wog am Ende der Schwangerschaft nur $2^1/_2$ Pfund. Die Geschwulst verjauchte im Puerperium, und die Frau starb an Sepsis.

Ein häufig vorkommender abnormer Sitz der

Placenta liess sich in vielen Fällen, wo Tumorenbildung mit Gravidität kompliziert war, nachweisen. Erwähnt sei hier nur ein Fall, der in der Züricher Klinik von Prof. Frankenhäuser beobachtet und von Meyer veröffentlicht wurde. Es handelt sich hier um eine 39 Jahr alte Erstgebärende, deren Gravidität im 8. bis 9. Monat kompliziert war mit zwei subperitonealen und einem interstitiellen Fibroid und einer Placenta praevia lateralis. Blutung mehrere Tage vor Eintritt der Wehen. Starke Blutung in der ersten Geburtsperiode. Spontane Geburt eines lebenden Kuaben. Manuelle Lösung der Placenta, starke Blutung in der Nachgeburtsperiode und Tod durch Anaemie.

Eine Erwähnung verdient noch, dass auch bei diesen Geschwulstbildungen mehrfache Schwangerschaft eintreten kann, wie ebenfalls ein Fall von Meyer zeigt.

Bei einer 39 Jahr alten Frau waren 2 Aborte vorausgegangen, deren Ursache mehrere Fibroide gewesen waren. Gravidität im 9. Monat konstatirt. Rasches Wachstum der Geschwülste. Spontane Frühgeburt. Lebende Zwillinge. Eine allzuhäufige Lageveränderung der Frucht ist in vielen Fällen konstatiert worden. So beträgt der Prozentsatz der Beckenlagen 26, der Querlagen 21.

Im Vorhergehenden hatten wir den Einfluss der Geschwülste auf die Schwangerschaft besprochen, nicht aber den Einfluss auf die Geburt selbst. Dieser

kann nun ein sehr mannigfacher sein. Bei der Durchsicht der überaus zahlreichen Casuistik findet man, dass vielweniger der Verlauf der Geburt durch die Anzahl und Grösse der Geschwülste beeinträchtigt wird, als durch ihren Sitz. Geschwülste, die am Collum uteri sitzen, werden selbstverständlich sehr leicht ein Geburtshindernis geben, um so leichter aber können sie enukleiert werden, ohne die Schwangerschaft zu unterbrechen.

Die submucösen Fibromyome werden ebenfalls nicht allzusehr die Geburt beeinflussen und zwar dies um so weniger, wenn sie mit einem Stiele versehen sind. Sie können dann, falls ihr Sitz ein tiefer ist, vor der Frucht geboren werden; in diesem Falle reisst der Stiel, falls er dünn ist, ab, andernfalls muss er mit der Scheere durchtrennt werden. Schon viel schlechter gestaltet sich die Geburt bei den intramuralen Fibromyomen; speziell, wenn sie im unteren Uterussegment sitzen, können sie dem Geburtsverlaufe durch Raumbeengung sehr hinderlich im Wege stehen. Manchmal üben diese genannten Geschwülste keinen Nachteil auf die Geburt aus, indem sie anfangs vor dem Kinde in das Becken gedrängt werden, dann aber nach Sprung der Blase wieder in die Höhe gehen. In einigen Fällen können die Geschwulstbildungen wie bereits an einer andern Stelle berührt wurde, besonders, wenn sie sehr weich sind, von dem Kindskopfe vollständig abgeplattet werden und auf diese Weise zu keinem Geburtshindernisse führen.

Zu den gefährlichsten Complicationen der Geburt endlich führen die subserösen Geschwülste, und zwar werden sie um so mehr den Geburtsweg versperren, je tiefer sie liegen, während die am Corpus uteri nicht so schädlichen Einfluss auf den Geburtshergang haben, sie müssten denn gerade einen langen Stiel haben und infolge ihrer grossen Beweglichkeit in den Douglas'schen Raum sinken, wo sie dann allerdings mit der sie umgebenden Nachbarschaft adhaerieren und ein unüberwindbares Hindernis abgeben können.

Ausser der Wehenschwäche, die während der Geburt öfter aufgetreten ist und eine Anlegung der Zange nötig machte, sind nach der Geburt öfter starke Nachgeburtsblutungen durch Atonie der Muskulatur besonders beim Sitz der Placenta auf dem Tumor beobachtet worden. Sehr häufig machte auch die Entfernung der Placenta sehr grosse Schwierigkeiten.

Die Störungen, die die Fibroide häufiger im Wochenbett hervorrufen, sind starke Nachwehen, Nachblutungen und Inversionen des Uterus. Die Zunahme puerperaler Prozesse lässt sich wohl auf die längere Dauer der Geburt, auf die häufigeren operativen Eingriffe und auf die erschwerte dritte Geburtsperiode zurückführen.

Was die Rückbildung der Geschwülste im Wochenbett anbetrifft, so ist dieselbe abhängig von dem histologischen Bau der Geschwulst und von dem

Zusammenhange mit dem Uterus. Je mehr die Geschwulst dem histologischen Bau eines reinen Myoms nahe kommen wird, und je inniger die Geschwulst mit dem Uterus in Contact ist, desto gleicheren Schritt wird die Rückbildung der Geschwülste mit der physiologischen Involution des Uterus halten. Gangraen und Vereiterung der Fibromyome wurden hauptsächlich dann beobachtet, wenn dieselben vermöge ihres tiefen Sitzes starken mechanischen Läsionen während der Geburt ausgesetzt waren Bei septischen Vorgängen am Endometrium laufen die submucösen Geschwülste am meisten Gefahr mit in den Prozess hineingezogen zu werden.

Von grosser Wichtigkeit ist es eine richtige Diagnose auf diese Complication von Schwangerschaft zu stellen, die in sehr vielen Fällen äusserst schwierig ist. Schon häufig ist es vorgekommen, dass das Fibromyom übersehen wurde oder umgekehrt man die Möglichkeit einer gleichzeitigen Schwangerschaft nicht in's Auge fasste. Wie bereits an einer anderen Stelle schon berührt wurde, kann ein Uterusfibroid an der hinteren Wand der Gebärmutter mit Gravidität kompliciert sehr leicht als Retroflexio uteri gravidi imponieren. Ausserdem wird die differenzielle Diagnose dieser Tumoren, die zu gleicher Zeit mit der Schwangerschaft einhergehen, dadurch erschwert, dass auch sie Gefässgeräusche und wehenartige Schmerzen machen können. Zu sehr bedenklichen Irrtümern hat die ödematöse Durchtränkung der My-

ome geführt, indem diese dann häufig für Ovarialkystome gehalten und punktiert worden sind. Eine Vereiterung der Geschwülste war in einigen Fällen die Folge dieses Irrtums. Bei der Diagnose werden folgende Punkte in Betracht gezogen werden müssen. Rapides Wachstum eines Uterustumors bei einer im geschlechtsreifen Alter stehenden Person, oder wenn der Tumor plötzlich heftige Beschwerden hervorruft, berechtigen immer zu dem Gedanken, dass zu gleicher Zeit Schwangershaft vorliegt; zur Gewissheit gelangt man, wenn man eine weiche Stelle an dem sonst harten Fibromyom fühlt, oder wenn man zwei Tumoren von verschiedener Consistenz findet, resp. eine harte Stelle an dem für schwanger erkannten Uterus.

Was nun die Prognose bei dieser Complication für Mutter und Kind anbetrifft, so ist diese im Ganzen nicht sehr günstig und zwar für die Mutter hauptsächlich bei den Fällen, in denen man eine abwartende Stellung eingenommen hat. Nach der Statistik von Stratz, der über 13 Geburten kompliciert mit Myom referierte, starben 8 Mütter, 8 Kinder waren lebend. Todesursache war: Atonien des Uterus, Sepsis infolge der langen poliklinischen Behandlung, Nachblutungen im Wochenbett und Embolien der Lungenarterien. Sehr günstig gestaltete sich dagegen die Prognose für die Mutter bei den Fällen, bei welchen operativ eingegriffen werden musste. Von den 10 Fällen, die ebenfalls wie die vorigen in der Universitätsfrauenklinik in Berlin während der Jahre 1876

bis 1886 beobachtet und behandelt wurden, trat 4 mal spontaner Abort ein, dreimal wurde derselbe eingeleitet, zweimal Myomotomie mit Entfernung des graviden Uterus, einmal Myomotomie in der Gravidität gemacht. Im letzteren Falle kam am Ende der Schwangerschaft ein lebendes Kind zu Welt. Die Mortalität der Muster beträgt hier 0%.

Es soll nun, bevor zur Veröffentlichung des Falles geschritten wird, kurz die Therapie besprochen werden, die in den einzelnen Fällen in Frage kommen kann. Ergotininjektionen können in der Schwangerschaft einen Stillstand des Wachstums der Geschwülste oder ein Aufhören der Blutungen bei denselben bewirken, nicht aber eine Rückbildung der Geschwülste. Zu dem ist das Leben der Frucht wegen der Ergotininjectionen auch gefährdet. Von der Scheide aus wird man die fibrösen Polypen und submucösen Tumoren des unteren Gebärmutterabschnittes, sobald sie ein Geburtshindernis werden, entfernen. Die tief sitzenden subserösen Geschwülste wird man aus dem kleinen Becken in die Bauchhöhle zu reponieren suchen und falls es nicht gelingt, so wird man das Gleiche thun, wie bei den submucösen Geschwülsten, nämlich sie von der Scheide aus entfernen. Sind solche Geschwülste nicht elevierbar oder machen sie gefährliche Harnbeschwerden, so könnte, wenn man nicht operieren will, der künstliche Abortus in Frage kommen. Können die subperitonealen oder intramuralen Geschwülste wegen ihres hohen Sitzes von der

Vagina aus nicht entfernt werden und ist eine Entfernung derselben dringend notwendig, so kommt die Laparatomie in Betracht und zwar unterscheiden sich diese Operationen wesentlich darnach, ob man die Geschwulst vom schwangeren Uterus entfernt, diesen selbst aber zurücklässt, oder ob man den ganzen Uterus mit den Geschwülsten gleichzeitig und natürlich mit dem Ei oder nach vorheriger Entfernung desselben amputiert. Bei Verengerung der Geburtswege unter 6 cm ohne Accomodation oder Elevation des Tumors bleibt nur die Perforation, Kephalotrypsie, Embryotomie oder Sectio caesarea übrig, je nachdem in dem besonderen Falle die Verhältnisse liegen.

Die erste Art der vorher besprochenen Laparatomie, nämlich eine Entfernung der Geschwulst in der Gravidität mit Zurücklassung des Uterus ist bis jetzt nur in 10 Fällen geschehen. Es sei mir nun gestattet einen derartigen Fall anzuführen, der von meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Pernice operiert und mir sodann zur Veröffentlichung übergeben wurde.

Es handelt sich hier um die 34 Jahr alte F. G. aus Gruttow bei Anklam. Dieselbe ist sonst immer gesund gewesen, nur vor 3 Jahren will sie vier Wochen lang an gastrischem Fieber gelitten haben. Im 17. Lebensjahre wurde sie zum erste Male menstruiert. Die Menstruation war stets regelmässig in Intervallen von 4 Wochen wiederkehrend, ziemlich

reichlich, schmerzhaft und hielt 3 Tage an. Stücken sollen abgegangen sein; Ausfluss hat nicht bestanden. Ende Dezember vorigen Jahres trat die Regel zum lezten Male ein, Mitte Januar erkrankte Patientin an Influenza, seitdem fühlte sie sich nicht wohl, wurde schwach und nahm an Körpergewicht ab. Bald nach der Erkrankung bemerkte sie eine harte Geschwulst im Leibe, die jedoch nach der Stellung, die die Patientin annahm, nach der einen oder anderen Seite rutschte. Zugleich trat eine mässige Schwellnng des Leibes ein, welcher früher stets normalen Umfang gehabt hatte. Zeitweise stellten sich mässige Schmerzen in der Geschwulstgegend ein. Eine Verminderung des Appetits und Trägheit des Stuhlganges ist eingetreten. Im Allgemeinen ist das Befinden in der letzten Zeit wieder etwas besser geworden. Unregelmässige Blutungen sind weder früher noch in der letzten Zeit jemals aufgetreten. Seit Weihnachten hatte Patientin öfters Nasenbluten. Eine Zeit lang verspürte die Kranke öfter Drang zum Urinieren, ohne aber Schmerzen dabei zu empfinden.

Status praesens am 11. IV. 90.

Patientin ist von grosser Statur, kräftigem Knochenbau, gut entwickeltem Panniculus adiposus. Gesicht und sichtbare Schleimhäute sind etwas blasser als normal. Oedeme bestehen nicht. Der Leib ist mässig angeschwollen und zwar stärker rechts als links, namentlich rechts vom Nabel. Striae sind nicht vorhanden. Linea alba ist schwach pig-

mentiert und der Nabel eingezogen. Bauchumfang in Nabelhöhe beträgt 87 cm, zwischen Nabel und Symphyse 93; die Entfernung von der Symphyse bis zum Proc. ensiformis 33 cm; auf der rechten Seite ist der Nabel von der Spina 17 cm, auf der linken nur 16 cm entfernt. Im Abdomen ist ein Tumor fühlbar, welcher 19 cm breit, 13 cm von oben nach unten misst. Derselbe ragt nach oben bis hart an den rechten Rippenrand, nach links 2 Finger über die Mittellinie, nach rechts bis zu einer von der Spina senkrecht nach oben gezogenen Linie, nach unten bis 2 Finger breit unterhalb der Nabelhöhe. Unterhalb des Tumors in der Mitte des Unterleibes liegt eine zweite Geschwulst, die bis einen Finger breit unterhalb des Nabels hinaufreicht. Dieselbe ist von weicher Consistenz und gleicht in seiner Form und Consistenz einem graviden Uterus.

Der obere Tumor ist von gleichmässig glatter Oberfläche, annähernd kugelich mit einzelnen geringen Hervorwölbungen und von sehr derber Consistenz. Er lässt sich mit Leichtigkeit durch Palpation oder durch Lagerung auf die linke Seite schieben, kehrt aber bei Rückenlage stets in die rechte Seite zurück. Eine Verbindung des Tumors mit dem Uterus, beide liegen in einer Länge von etwa 12 cm hart an einander, lässt sich nicht sicher konstatieren, da der Tumor leicht vom Uterus nach oben abgehoben werden kann und leicht an ihm hin und her verschieblich ist, ohne dass der Uterus sich mitbewegt; doch

ist das Eindringen der Hand zwischen Uterus und Tumor links schwieriger als rechts. Zu beiden Seiten des Tumors und der Gebärmutter, sowie auch in den beiden Lumbalgegenden ist tympanitischer Percussionsschall; Uteringeräusche sind nicht hörbar. Die kombinierte Untersuchung ergiebt:

Introitus mässig weit, Vagina weich und aufgelockert, Portio ebenfalls, dieselbe steht ziemlich hoch und nach hinten, Muttermund ist ohne Narben und geschlossen. Deutlich lässt sich der Übergang der Portio in den unteren weichen als graviden Uterus angesprochenen Tumor verfolgen; beim Hin- und Herschieben des oberen Tumors bleibt die Portio unbeweglich.

Die Brüste sind gut entwickelt, Montgomery'sche Papillen vorhanden, Colostrum ist ausdrückbar, Warzenhof pigmentiert. An den Lungen und an dem Herzen ist nichts Pathologisches zu finden. Der Stuhlgang ist retardiert, Urinentleerung regelmässig.

Operation am 12. IV. 90.

Nach vorausgegangenem Bade und einer Darmentleerung von Seiten der Patientin, nach gründlicher Reinigung des Operationssaales und der Instrumente, nach sorgfältigster Vorbereitung und Toilette des Operationsfeldes wird in guter Narcose das Messer zwei Finger breit über dem Nabel in der Linea alba nach unten bis 3 Finger über der Symphyse geführt und die Bauchdecken, die sehr dick und blutreich sind, gespalten. Nach vorsichtiger Eröffnung der Perito-

nealhöhle erweist sich der Tumor als ein derbes Fibrom, welches dem Fundus uteri aufsitzt und durch einen handgelenkdicken Stiel verbunden ist. Der Stiel haftet an der Mitte des Fundus uteri und oben an der linken Seite des Tumors, daher liegt der Tumor rechts im Abdomen. Der Uterus ist entsprechend der Gravidität vergrössert, weich und blutreich. Links am Fundus uteri sitzt intramural noch ein kleines, zweites wallnussgrosses Myom. Der Tumor wird jetzt herausgewälzt. Während nun vom Assistenten die Uteruskuppe komprimiert wird, wird der Stiel aus der Wand herausgeschält. Dabei blutet es äusserst heftig, wie aus grossen Venensinus; wahrscheinlich befindet man sich in der Gegend der Placenta. Die starkblutende Fläche wird nun durch Seidennähte zusammengezogen, die Serosa darüber vereinigt, jedoch treten stets aus den Stichkanälen wieder neue starke Blutungen auf. Schliesslich gelingt es nach vielfacher Nahtanlegung von allen Seiten die Serosa so zusammen zu ziehen, dass die Blutung steht. Das kleine Myom wird unberührt gelassen, der Uterus versenkt, das Bauchfell durch fortlaufende Catgutnähte, die Bauchdecken durch tiefe und oberflächliche Seidennähte geschlossen. Nach Anlegung eines antiseptischen Druckverbandes wird die Patientin in ein erwärmtes Bett gebracht. Bei der mikroskopischen Untersuchung erweist sich der Tumor als ein Fibromyom mit relativ viel Fibromgewebe, er hat Mannskopfgrösse und wiegt $2^1/_2$ Pfund.

Patientin hat an dem ersten Tage viel Kreuzschmerzen auch an dem zweiten tourweise wehenartige Schmerzen; trotzdem tritt Abortus nicht ein. Die Temperatur bewegt sich in normalen Grenzen, am ersten Abend 37,9. Frequenz des Pulses beträgt 80—90 in der Minute, nur am 3. Abend 111. Die Reconvalescenz macht ungestört Fortschritte. Am 6. Tage erfolgt nach Einnahme von Ricinus Stuhlgang. Am 10. Tage wird der Verband gewechselt. Die Wunde heilt per primam intententionem. Am 28. April steht Patientin mit einer Leibbinde versehen auf. Der Uterus reicht jetzt bis 2 Finger über den Nabel. Kindesbewegungen hat Patientin noch nicht gefühlt.

Am 5. Mai wird Patientin geheilt entlassen, mit der Weisung sich um die Zeit der Niederkunft wieder einzustellen.

Epicrise.

Unter diesen Verhältnissen war die ausgeführte Operation das Einzige, was man thun konnte. Das schnelle Wachstum der Geschwulst, die Beschwerden, wenn auch dieselben bis jetzt noch nicht so heftig waren, berechtigten zu diesem operativen Eingriff. Es hätte höchstens der künstliche Abortus in Frage kommen können, der aber in diesem Falle recht gefährlich gewesen wäre, da, wie oben erwähnt, der Uterus wegen der Myome wenig Bestreben hat, sich zu kontrahieren, infolge dessen eine heftige Blutung

zu fürchten gewesen wäre. Ausserdem aber drohen aus dem Zerfall der Geschwülste im Wochenbett, der bekanntermassen sehr leicht eintritt, sehr erhebliche Gefahren. Dazu kommt noch, dass dieser Tumor von einer solchen Grösse war, dass er binnen Kurzem hätte operiert werden müssen. Der Fall gewinnt deshalb soviel an Interesse, als er in Übereinstimmung mit den Erfahrungen von Martin und Frommel zeigt, dass die Gefahr der Operation durch die Gravidität bei der jetzt soweit vorgeschrittenen Operationstechnik und streng gehaltenen Antiseptik durchaus nicht erhöht wird. Nicht so ganz günstig verliefen die 10 anderen Operationen, die bis jetzt wegen Fibromyome am graviden Uterus von Péan, Thornton, Schroeder, Hegar, Studsgaard, Martin, Frommel, Landau und Braun ausgeführt wurden. Von diesen 10 Operierten sind nur 3 Todesfälle zu verzeichnen, ein relativ günstiges Resultat im Vergleich zu der Mortalität der Mutter bei Geburt mit Myomen, die sich nach Guoserow auf 57,6% stellt. Von diesen 10 Fällen verlief bei 6 die Schwangerschaft ungestört, und trat die Geburt am normalen Ende ein. Zu diesen 10 Fällen reiht sich der besprochene als einer, dessen Behandlung mit dem besten Erfolge gekrönt worden ist.

Zum Schlusse meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, auch an dieser Stelle meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr.

Pernice, für die freundliche Ueberweisung des Themas und die Unterstützung bei Bearbeitung desselben meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Gusserow: Neubildungen des Uterus.
Centralblatt für Gynaekologie 86. 88. 89.
Grundriss der Gynaekologischen Operationen von H. Hofmeier.

Lebenslauf.

Johannes Plesch, Sohn des Grundbesitzers Ignaz Plesch und dessen Ehefrau Augusta, geb. Schmak, kath. Confession, wurde am 22. Juni 1864 zu Turkau, Kr. Leobschütz in Schlesien geboren. Den ersten Unterricht genoss er in seinem Geburtsorte, besuchte 2 Jahre die Elementarschule und nachher die Vorbereitungsanstalt zu Katscher und wurde Michaelis 1877 in die Quarta des kath. Gymnasiums zu Leobschütz aufgenommen, welches er Ostern 1884 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Hierauf bezog er die Universität Breslau, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Ostern 1885 begab er sich nach Greifswald, wo er am 22. Februar 1887 die ärztliche Vorprüfung bestand und im Sommersemester 1887 seiner halbjährigen Militärdienstpflicht als Einjähr.-Freiwilliger im Füsilier-Bataillon V. Pomm. Infanterie-Regiments No. 42 genügte. Michaelis 1887 ging er nach Berlin, um nach zweisemestrigem Studium nach Greifswald wieder zurückzukehren. Daselbst beendete er am 12. Mai 1890 die ärztliche Staatsprüfung und bestand unter dem Dekanate des Herrn Prof. Dr. Grawitz am 22. Mai das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Dozenten.

In Breslau:

Born, Ferd. Cohn, Joseph, Jacobi, Haeser †, Hirt, Hasse, Loewig.

In Berlin:

Bardeleben, Gerhardt, Gusserow, Hirsch, Lassar, Liebreich, Fr. Müller, Senator.

In Greifswald:

Arndt, Budge †, Grawitz, Helferich, Holtz, Krabler, Landois, Limpricht, Loeffler, Mosler, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Rinne, Schirmer, Schmitz, Schulz, Solger, Sommer, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern sagt der Verfasser an dieser Stelle seinen aufrichtigsten Dank.

Thesen.

I.

Ist in den ersten Monaten der Gravidität ein Fibromyom des Uterus rapid gewachsen und verursacht dasselbe grosse Beschwerden, so ist die Exstirpation des Tumors einem artificiellen Abortus vorzuziehen.

II.

Die Vergrösserung der Thymusdrüse kann sowohl im Säuglingsalter als auch bei Erwachsenen Ursache plötzlichen Todes sein.

III.

Bei der Behandlung des runden Magengeschwürs ist die Medication erst in zweite Linie zu stellen und das Hauptaugenmerk auf die Diät, unterstützt durch Bettruhe, zn richten.